Lane Medical Library

Ueber einen Fall von hochgradiger angeborener Analstriktur.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 5. AUGUST 1898

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Karl Boehncke

aus Sybba-Lyck.

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. John.
Dr. med. Salchow.
Dr. med. Buhtz.

Berlin.
Druck von E. Ebering.
Mohrenstrasse 59.

Meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uebereinenfallvo0000karl_m3z1

Während Fälle von kongenitaler völliger Verschliessung des Afters, wenn auch nicht gerade alltäglich vorkommend, keineswegs zu den klinischen Seltenheiten gehören, gelangen solche von angeborener Striktur des Afters und Mastdarms weit minder häufig zur Beobachtung; wenigstens lassen sich in der ziemlich umfangreichen Litteratur über die angeborenen Missbildungen des Afters nur sehr vereinzelte Fälle dieser Art finden.

Neuerdings wurde ein dahin gehöriger Fall auf der Universitäts-Kinderklinik in der Charité beobachtet, und sei es vorerst gestattet, näher auf denselben einzugehen, um dann eine genauere Besprechung dieser Art Bildungsfehler anzuschliessen. Patientin ist die am 2. Oktober 1897 aufgenommene Lehrerstochter E. M. aus Hammerstein. P. stammt von gesunden Eltern und besitzt eine gesunde Schwester. Seit dem vierten Lebensmonat bietet P. ein charakteristisches Krankheitsbild. Nach acht- bis vierzehntägiger Stuhlverhaltung, währenddessen das Befinden ein gutes, von Schmerzen freies ist, treten unter den heftigsten Schmerzen dünne, sehr übelriechende Stühle auf, und zwischendurch findet unwillkürlicher Abgang kleiner Mengen Kot statt.

Status: P. ist ein, ihrem Alter entsprechend, kräftig entwickeltes, blühend gesund aussehendes Kind mit starkem Knochenbau, gutem Fettpolster und kräftiger Muskulatur. Das Sensorium ist völlig normal, ebenso zeigen sich bei der Prüfung der Sinnesorgane keine Besonderheiten. Die Glandulae cervicales sind erbsengross, die submaxillares,

axillares und cubitales nicht fühlbar, die inguinales bohnengross. Der Thorax ist gut gewölbt. Der untere Rippenrand ist etwas nach aussen gebogen. Es findet sich kein rachitischer Rosenkranz. Die Perkussion ergiebt überall lauten, vollen Schall, die Auskultation reines Vesikuläratmen. Die Grenzen der Herzdämpfung sind normal, die Töne sind rein, der Spitzenstoss findet sich in der Mamillarlinie. Leber- und Milzdämpfung ist normal, der untere Rand der ersteren ist durchzufühlen, von gewöhnlicher Beschaffenheit, letztere ist nicht palpabel. Die Untersuchung der Nieren ergiebt nichts pathologisches; im Urin namentlich kein Indikan. Die Konfiguration des Leibes bietet keine Abweichungen dar. Die oberen Abschnitte bis zur Nabelhöhe sind mässig vertieft, die unteren leicht vorgewölbt. Oefters bemerkt man peristaltische Bewegungen vom Nabel nach der Spina iliaca dextra hin und vernimmt beim Hinhorchen ein Geräusch. Druck auf das Abdomen ist nirgends schmerzhaft. Die bei ruhiger Atmung in der Gegend des Coecum und Colon ascendens vorgenommene palpatorische Untersuchung ergiebt als Befund eine teilweise hinter dem Darm, teils der hinteren Bauchwand dicht anliegende teigige Masse. Dieselbe steigt, ca. 15 cm breit und mehr rechts als links von der vorderen Mittellinie gelegen, bis dicht an den rechten unteren Rippenbogen in die Höhe. Dort scheinbar umbiegend zieht sie nach abwärts und geht unterhalb des Nabels nach links, um dann nach dem kleinen Becken hin zu verlaufen. Drückt man über diesem weichen Tumor die Bauchdecken fest in die Tiefe, so bleiben sie an der betreffenden Stelle eine Zeit lang wie angeklebt haften, um dann allmählich wieder in ihre natürliche Lage zurückzukehren. In der linken Bauchseite fühlt man garnichts von einer teigigen Geschwulst. Die Perkussion ergiebt überall tympanitischen Darmschall, der nur in der Gegend der rechten Fossa iliaca in einer Ausdehnung von 15 cbcm

gedämpft ist. Bei linker Seitenlage hellt sich der Klopfton in dieser Gegend auf, bei rechter dagegen wird die Dämpfung intensiver. Die Digitaluntersuchung des Rektums scheint der P. im höchsten Grade schmerzhaft zu sein. Die Analöffnung zeigt sich für den Zeigefinger schwer durchgängig, so dass er dieselbe nur eben passieren kann. Ihren äussersten Rand fühlt der Finger als diaphragmaartigen Ring, der sich beim Eingehen fest um den Finger herumlegt. Dieser feste Verschluss ist etwa 1 mm breit und verengert oder verbreitert sich nicht, so dass man nicht den Eindruck erhält, dass es sich um einen muskulären Verschluss handelt, sondern einzig und allein um einen aus Haut und Bindegewebe bestehenden.

Unmittelbar hinter diesem Schluss befindet sich der Finger in einer ausserordentlich weiten, mit Kot bis zur Hälfte gefüllten Höhlung, die einen Durchmesser von mindestens 15 cm hat. Der eingeführte Finger kommt ungefähr 10 cm in die Höhe, ohne dass die dicht über der Analöffnung befindliche Höhle eine Veränderung ihres Querschnittes zeigt. Bei einer am 6. Oktober vorgenommenen lauwarmen Eingiessung von 2 l zeigte der darauf abgehende Stuhl die Menge von $1^1/_4$ l dünnen, kaum von Bröckeln durchsetzten wässerigen Kotes von natürlicher Farbe. Das gleiche Resultat ergiebt eine Eingiessung von $2^1/_2$ l lauwarmen Wassers am 13. Oktober. Die am 8. Oktober stattgehabte rektale Untersuchung in Chloroformnarkose bestätigt den bei der Untersuchung ohne Narkose gewonnenen Befund.

Der Puls beträgt im Mittel 120—126, ist gleichmässig und von guter Spannung. Die Temperatur zeigt, ein am Abend des 13. Oktober stattfindendes Hinaufsteigen auf 37,9 ausgenommen, kein Fieber und schwankt zwischen 36,8—37,2.

Am 26. Oktober wird die Patientin, nachdem alle angewandten Medikamente und Eingiessungen, die zahlreich

angewandt wurden, erfolglos geblieben sind, nach der äusseren Kinderabteilung verlegt behufs einer Operation. Bei der hier in Narkose vorgenommenen Untersuchung erscheint unter Bestätigung des ersten Untersuchungsbefundes der Anus äusserlich eng, etwas narbig, seine radiäre Fältelung ist nicht deutlich ausgeprägt. Das Kind bleibt auch im weiteren Verlaufe fieberfrei, und wird auch hier zunächst versucht, durch systematische Entleerungen (Ricinus) und Amylaceaarme Kost den Darm zu entleeren. Der reichlich, teils dünn, teils dick, abgehende Stuhlgang zeigt keine besondere Form.

Operation am 10. November. Nach gründlicher Entleerung des Darms wird nach Einführung eines Tampons in das Rektum die Schleimhaut und ein Teil des Sphinkters durch einen etwa 4 cm langen Längsschnitt durchtrennt. Der Sphinkter zeigt einzelne derbe fibröse Stränge, die excidiert werden. Dadurch wird die Dehnbarkeit des Afters entschieden erhöht und ausserdem gestattet der durch die Excision gewonnene Raum eine Vernähung der Darmschleimhaut an die Analöffnung, wodurch ein ziemlich weiter, für den Zeigefinger gut durchgängiger Trichter entsteht. Die Wunde wird mit Salbe bestrichen und mit einem T-Verband bedeckt.

Die Wunde verheilt glatt.

Die Patientin kann den Stuhl vollkommen halten. Er erfolgt auf Ricinus- oder Glycerinspritze bisweilen auch spontan.

Eine Incontinentia urinae, die einige Tage nach der Operation auftritt, wird als auf nervöser Basis beruhend angesehen und ist nach mehrmaligem Elektrisieren geheilt.

Am 14. November wird das Kind gebessert, auf Wunsch, entlassen und hat diese Besserung bis jetzt auch angehalten.

Während die angeborenen völligen Verschliessungen verhältnismässig häufig zur Beobachtung gelangen und in jedem Falle den Tod des betreffenden Neugeborenen be-

dingen, wenn nicht rasches und entschiedenes Handeln des Arztes es davor bewahrt, kommen dagegen die kongenitalen Strikturen, d. h. diejenigen Verengerungen, welche durch eine krankhafte Veränderung der Wand des Mastdarms resp. Afters entstanden sind, seltener vor und schliessen eine unmittelbare Lebensgefahr nur in den hochgradigsten Fällen in sich, wo gleich von der Geburt an die Stuhlentleerung fast gänzlich gehindert wird.

Das Zusammenstellen von Atresie und Striktur zeigt sich berechtigt, wenn man die ursprüngliche Entstehung beider Arten von Missbildung betrachtet, wonach die angeborenen Verengerungen des Afters und Mastdarms „ohne Zweifel gleichsam als unvollkommene Atresieen angesehen werden müssen.“[1]) Als eine Uebergangsform zwischen Atresie und Striktur wird jener von Stromeyer mitgeteilte Fall von hochgradigster Afterstriktur angesehen, wo Stromeyer trotz des eingeführten Speculums keine Oeffnung fand, trotzdem eine solche bestehen musste, da tags zuvor Meconium in Form eines Nähfadens abgegangen. Erst nach sehr lange Zeit fortgesetzter Einführung eines Bündels feinster Bougies in einer vorn offenen Kautschukröhre bis zur Scheidewand, gelang es die darin befindliche stecknadelkopf grosse Oeffnung mittelst derselben zu entdecken und eins durchzuführen.

Kurz sei im Nachstehenden die, jetzt wohl allgemein geübte, v. Esmarch'sche Einteilung der Atresie in 4 Haupttypen angeführt:

1. Die eigentliche Atresia ani, die Aftersperre: die Afteröffnung fehlt, der Mastdarm endigt blind in der Nähe der Hautdecke. An der Stelle des Afters findet sich meist eine seichte Grube, seltener geht die äussere Haut glatt über diese Stelle hin. Der Verschluss des Rektums wird bald nur durch einen dünnen Epithelüberzug gebildet, bald aber durch eine derbe Gewebsschicht. In seltenen Fällen

1. Esmarch die Krankheiten des Mastdarms und Afters. pag. 105.

findet sich eine rudimentäre Oeffnung und können wir diese Fälle auch als höchsten Grad der kongenitalen Striktur des Afters betrachten.

2. A. ani et recti: Mastdarm und After fehlen.

3. A. recti: Das Rektum ist verschlossen, die Afteröffnung endigt blind.

4. Die abnormen Ausmündungen des Mastdarms: bei männlichen Kindern A. ani vesicalis oder urethralis, bei weiblichen A. ani vaginalis oder uterina.

Einen Unterschied unter den kongenitalen Strikturen können wir lediglich nach ihrem Sitze und Grade treffen.

Die Entstehung aller dieser Formen von Missbildungen erscheint aber erst verständlich, wenn man sich die entwicklungsgeschichtlichen Vorgänge bei der Bildung des Mastdarms vergegenwärtigt. Was wir darüber nach Koelliker und Hertwig wissen, ist in kurzem Folgendes:

Die unterste oder dritte Abteilung des embryonalen Darms, der Afterdarm, aus welchem schliesslich der Mastdarm wird und in welchen die Allantois sowie die Wolf'schen und Müller'schen Gänge einmünden, bildet bis zur 5. Embryonalwoche einen nach unten geschlossenen Blindsack. Das Endstück: der Afterteil des Mastdarms entsteht aber durch eine Einstülpung des Ektoderms, welche sich beim menschlichen Embryo in der 4. Woche als eine kleine Oeffnung am hinteren Leibesende zu bilden beginnt und sich in der 5. Woche mit dem Afterdarm, der nach abwärts wächst, in Kommunikation setzt. Nunmehr besteht eine Kloakenöffnung, welche durch die oben erwähnte offene Verbindung mit dem Endstück der Allantois und den Urnierengängen somit anfangs die gemeinsame Ausmündung des Darmes und des gesamten Harn- und Geschlechtsapparates bildet. Bis zur zehnten Woche des Embryolebens schnüren sich diese verschiedenen Teile allmählich von einander ab und entwickeln sich zu grösserer Selbständigkeit. Es kommt zur Bildung der Geschlechtsteile

und im vierten Monat schiebt sich der Darm als Scheidewand zwischen diese und das untere Ende des Mastdarms ein.

Nicht ganz einig war man sich aber bisher über die eigentliche Aetiologie von angeborener Verschliessung und Verengerung des Mastdarms. Im allgemeinen wurde von den meisten Autoren angenommen, dass die verschiedenen Formen von Missbildungen im Bereich des Rektums zu erklären wären, entweder als Reste der fötalen gemeinsamen Ausmündung des Darms und der gesamten Harngeschlechtsorgane, die sich nicht von einander zu selbständiger Ausmündung abgeschnürt haben (verspäteter Durchbruch der Allantois nach Ahlfeld). Oder aber sie kämen dadurch zu stande, dass die genannte Aftereinstülpung garnicht mit dem Enddarm in Kommunikation tritt, wie v. Esmarch[1] schreibt: „Wenn nun dieser Entwicklungsvorgang durch irgendwelche Störungen im Uterinleben gehemmt wird, so tritt entweder die Aftereinstülpung garnicht mit dem Enddarm in Verbindung, oder es bleiben Reste von jener Kloakenbildung als abnorme Verbindungen des Mastdarms zurück. Vielleicht können auch abnorme Druckverhältnisse oder fötale Entzündungszustände (Cruveilhier) eine Verwachsung schon offener Kanäle zuwege bringen."

Endlich sollen die Missbildungen aufzufassen sein als das Produkt intrauterin entstandener mehr oder minder vollständiger Verwachsungen von vorher schon offenen Kanälen. Diese letzteren Theorieen, die in neuerer Zeit besonderen Anklang gefunden haben, sind namentlich von R. Frank in Wien[2] vertreten. Dieser kommt als Resultat seiner Ausführungen zu dem Schlusse, dass alle angeborenen Afterverschliessungen hervorgerufen werden „bei schon bestehender, nach aussen geöffneter Kloake durch nachträgliche Verwachsungen, insbesondere zur Zeit der Dammbildung

1. Deutsche Chirurgie. Lieferg 48. pag. 27.
2. Ueber die angeborene Verschliessung des Mastdarms. Wien 1802.

(im dritten oder vierten Monat), wo die abnormen Verwachsungen als ein Plus, ein excessives Fortschreiten der normaliter vorsichgehenden Verwachsungen erscheinen und aufzufassen sind.“

Betreffs der disponierenden Momente lässt sich aus Curlings im Journal für Kinderkrankheiten zusammengestellten Fällen zunächst feststellen, dass diese Bildungsfehler häufiger das männliche als das weibliche Geschlecht befallen, indem in seinen veröffentlichten 100 Fällen 68 mal Knaben und 32 mal Mädchen davon betroffen waren.

Interessant ist übrigens die mehrfach gemachte Beobachtung, dass diese traurigen Missbildungen wiederholt in derselben Familie vorkommen. v. Esmarch führt hierauf bezüglich Wutzer an, der eine Familie kannte, welche das Unglück hatte, dass von 10 Kindern 3 mit verschlossenem After geboren wurden. So beschreibt auch Hadra den gleichen Bildungsfehler bei 2 Kusinen und fügt hinzu, dass ähnliche Missbildungen in der Verwandtschaft öfters: nämlich in beiden Familien sechsmal vorhanden seien. Stromeyer endlich berichtet, dass er zu einem sehr hochgradigen Fall angeborener Afterstriktur bei einem Neugeborenen von den Eltern gerufen wurde, denen an dem gleichen Uebel bereits 3 Kinder vorher gestorben waren.

Auch scheint der Fehler, wie v. Esmarch weiter berichtet, in einigen Gegenden auffallend viel häufiger vorzukommen, als in anderen, z. B. in Brest und in Paris, wo im Hospital für kranke Kinder in der Zeit von acht Jahren 26 Kinder, allerdings zum Teil wohl von ausserhalb, wegen dieser Missbildung aufgenommen wurden.

Der Sektionsbefund bei den Leichen von solchen Individuen, die an diesen Strikturen gelitten haben, ist ein sehr verschiedener, je nach dem Sitz, dem Grade und dem Aussehen der Verengerung.

Der Sitz derselben ist ein sehr mannigfaltiger; bei weitem am häufigsten findet er sich an der oberen Grenze der Analportion, da wo die eigentliche Schleimhaut beginnt, so in zwei bei Ammon abgebildeten Fällen: einmal eine über der erweiterten Analportion sitzende Striktur, welche an der Leiche eines bejahrten Mannes gefunden wurde, der sein ganzes Leben lang an Stuhlverstopfung gelitten hatte, und eine ähnliche an der Leiche eines 70jährigen an Tympanites gestorbenen Mannes vorgefundene. In dem Stromeyer'schen Falle (s. o.) konnte man $2^1/_2$ Zoll weit in einen ausgebildeten After eindringen, dann stiess man auf ein Hindernis: die Striktur. An der Leiche einer alten Frau fand man den Sitz einer membranösen Striktur dicht über dem Sphinkter ani interus.

Ebenso wechselt die Enge der Strikturen, sowie ihre Ausdehnung der Länge nach. Die Mündung des Afters stellt entweder eine feine, wenig oder gar nicht ausdehnbare fistelartige Oeffnung dar, in die man kaum einen Sondenknopf einbringen kann, oder die ganze Analportion ist in einen längeren feinen Kanal mit resistenten Wandungen verwandelt, wie in dem ebenfalls bei Ammon dargestellten Falle, wo sich bei einem neugeborenen Knaben eine $^3/_4$ Zoll lange Striktur im Anusteile vorfand. Neben diesen Verengerungen des Afters erscheinen noch solche, die im Mastdarm selbst ihren Sitz haben und in Gestalt von dünnen vorspringenden Schleimhautfalten auftreten. Bald sind sie mehr cirkulär, gleich einer von einem Loch durchbohrten Scheidewand im Darmrohr ausgespannt, bald ragen sie mehr von einer Seite her, wie eine Klappe in das Lumen des Darmes hinein. In einem von Roser beobachteten Falle befanden sich ein Zoll hoch über dem After zwei Schleimhautfalten, die wie Venenklappen wirkten, indem sie sich beim Herabdrücken des Darminhalts aneinanderlegten, wodurch ein Klappenmechanismus hervorgebracht wurde, der bei der Defäkation naturgemäss in hohem Grade hinderlich gewesen sein musste.

Infolge der beim Lebenden stattgefundenen Kotstauung findet man das Darmrohr unmittelbar oberhalb der Afterstriktur bedeutend erweitert. So sind Fälle zur Sektion gelangt (wenn auch nicht immer von kongenitaler Striktur), wo die Erweiterung einen Durchmesser von 5 Zoll und auch darüber zeigte.

Diese Erweiterung des Darmes rührt nicht sowohl von einem Nachgeben seiner Häute, als vielmehr von einer allgemeinen Hypertrophie des Eingeweides, zumal seiner Muskelschichten, her, die zu einer übermässigen Entwicklung und einem deutlichen Hervortreten der Muskelfasern führt. Dadurch erklärt es sich auch, dass die Wandung an der ausgedehnten Partie meist keineswegs dünner als in der Norm gefunden wird, sondern im Gegenteil sogar dicker. Die Entwicklung dieser Hypertrophie ist anzusehen als eine Folge der Anstrengungen, welche die Austreibung der angehäuften Fäkalmassen durch die enge Stelle nötig machten.

In manchen Fällen ist die Schleimhaut an diesen Stellen vollständig gesund, häufiger aber befindet sie sich im Zustande kongestiver Schwellung und Rötung infolge eines chronischen Katarrhs, den man als Folgeerscheinung der Striktur zu betrachten hat. Nicht selten ist sie sogar mit Geschwüren bedeckt, bisweilen in dem Maasse, dass eine Zerstörung der Schleimhaut in grosser Ausdehnung Platz gegriffen und nur noch einzelne Rudimente derselben übrig gelassen hat. Durch die häufige Benetzung mit dem Geschwürseiter ist es dann oft zu Exkoriationen und ausgebreiteten Ekzemen in der Umgebung des Afters gekommen. Noch schlimmer gestaltet sich der Befund in den Fällen, wo es zu einer Geschwürsperforation der Darmwand oberhalb der Striktur gekommen ist. Fistulöse Gänge sind die Folge, die sich in einiger Entfernung in den Geweben ausdehnen können und äusserlich entweder nahe am After oder weiter entfernt, an den Hinterbacken und am Damm

sich öffnend oder endlich gegen benachbarte Organe, wie Scheide und Blase, ausmündend gefunden werden.

Die Symptome, durch die sich dieser angeborene Bildungsfehler bemerkbar macht, sind verschieden in den Fällen hochgradigster Striktur, wo die Afteröffnung gar nicht oder so gut wie gar nicht durchgängig ist für die sich über ihr anhäufenden Kotmassen, von den Fällen geringerer Verengerung, wo eine, wenn auch sehr erschwerte, Passage der Darmcontenta möglich ist. In Fällen ersterer Art sind die äusserlich zu Tage tretenden Erscheinungen völlig analog den bei der völligen Verschliessung des Afters sich einstellenden Symptomen oder genauer noch wie bei Atresie mit abnormer Ausmündung des Mastdarms, und unter einander meistens sehr übereinstimmend und gleichförmig. Das gemeinsame Hauptsymptom ist das der Kotanhäufung als Folgezustand der unvollkommenen und gänzlich unzureichenden Kotentleerung. Ist die Kotstauung bei der angeborenen Verengerung nun auch keine so absolute, wie bei der Atresie, und treten ihre Erscheinungen auch nicht so stürmisch auf, so wird sie doch in den hochgradig verengten Fällen relativ schnell und leicht zu einer sehr erheblichen Verhaltung der Faeces führen, und infolgedessen wird sich eine baldige Zersetzung des angehäuften Mekoniums ausbilden. Hierdurch wird der Unterleib in hohem Grade trommelartig aufgetrieben. Die Perkussion der gedehnten Wandungen ergiebt einen tympanitischen Schall, ausgenommen nur diejenigen Stellen, wo die mit Kotmassen überfüllten Darmteile liegen. Hier wird der Perkussionsschall gedämpft — tympanitisch oder vollkommen dumpf. Aus dem eine rundliche Form annehmenden Unterleib sieht man die Nabelgegend stärker hervorgewölbt. Die Kinder werden unruhig, sie fangen an zu schreien und zu drängen. Nahrung wollen sie keine mehr zu sich nehmen; auch die Brüste beginnen sie zu verschmähen. Zu diesen Erscheinungen gesellt sich Erbrechen. Zuerst findet sich in den erbrochenen Massen

nur die genossene Milch und sonst etwa gereichte Nahrungsmittel, später sind denselben auch Fäkalstoffe beigemengt.

In der Folge treten nun, wenn keine Abhilfe geschaffen wird, zu den erwähnten Symptomen auch schwere Störungen von seiten der Respiration und Cirkulation hinzu. Von den hochgradig ausgedehnten Gedärmen wird das Zwerchfell hoch nach oben gegen die Brusthöhle gedrängt und dadurch natürlich bedeutend in seinen Bewegungen gehemmt. Die Folgen dieser Funktionsstörung bleiben nicht aus. Die Atmung wird verlangsamt, Atemstockungen treten ein, der Puls wird klein und leicht unterdrückbar, die Haut wird cyanotisch, auch ist ein deutliches Sinken in der Hauttemperatur zu beobachten. Hierzu gesellen sich alsdann Apathie und Somnolenz. Die Extremitäten werden kalt, unter Krämpfen kommt es zum Kollaps, und in kürzester Zeit erfolgt der Exitus.

Weniger stürmisch und viel allmählicher sich entwickelnd sind die Erscheinungen, die bei minder hochgradigen Strikturen beobachtet werden, wobei der Stuhlgang nicht gänzlich inhibiert, sondern nur in höchstem Masse erschwert und unvollkommen wird.

Das früheste und hauptsächlichste Symptom ist auch hier die Erschwerung der Stuhlentleerung, eine anhaltende Neigung zur Hartleibigkeit, welche immer grössere Anstrengungen während des Stuhlgangs, besonders wenn die Fäkalien hart und fest sind, sowie den beständigen Gebrauch abführender Mittel notwendig macht. Anfangs lassen sich dadurch die Beschwerden wenigstens teilweise beseitigen. Allmählich aber stumpft sich die abführende Wirkung ab; auch Klystiere bringen keine Erleichterung, weil dieselben gewöhnlich sofort wieder abgehen. Die quälende Empfindung der ungenügenden Entleerung wird grösser und beständig. In ihrer Not greifen die Patienten zu immer stärkeren Laxantien; doch trotzdem stellen sich von Zeit zu Zeit die Symptome der völligen Kotstauung ein.

Kalte Füsse, häufige Wadenkrämpfe und Blutandrang zum Kopf sind die Symptome, von denen die Kranken oft schon lange belästigt werden. Aehnlich sind die Symptome, die zu stande kommen infolge des anhaltenden Druckes, der von seiten der angehäuften Kotmassen auf die in der Beckenhöhle befindlichen grossen Gefässe und Nervenstämme ausgeübt wird. Würde jetzt ein Arzt konsultiert, der nach den bestehenden Erscheinungen auf eine angeborene Afterverengerung schliesst, so würde dem Uebel bei energischem Einschreiten leicht und bald abgeholfen sein. Da aber so unendlich viele Menschen an habitueller Obstipation leiden, ohne dass eine Spur von Verengerung im Darmkanal dem Leiden zu Grunde liegt, so wird in der Regel eine genauere Untersuchung nicht für notwendig erachtet, und in den meisten Fällen wird ein Arzt erst dann zugezogen, wenn die Obstipation einen sehr hohen Grad erreicht hat oder auch wenn andere Symptome aufgetreten sind, die gar nicht auf eine Striktur hinzudeuten scheinen, wie z. B. eintretende Durchfälle.

Je enger nämlich die Passage für die Fäkalien ist, desto weniger können die harten Kotmassen durch die verengte Stelle hindurchtreten. Oberhalb derselben sammeln sie sich oft zu ganz unglaublichen Massen an und dehnen das zunächst über der Striktur befindliche Darmstück zu einem grossen Sack aus. Die Massen zersetzen sich mehr und mehr und üben infolgedessen einen starken Reiz auf die Schleimhaut aus. Die Folge ist eine sehr reichliche Absonderung von Schleim und, falls sich Geschwüre daselbst gebildet haben, auch von schleimigem Eiter. Dies sind die Bestandteile der flüssigen Exkremente, welche die enge Stelle noch passieren können und von Zeit zu Zeit entleert werden. Nicht selten finden sich darin kleine dunkelfarbige krümelige Stücke, welche abgebröckelte Massen der harten Fäkalmassen darstellen. Die Kranken halten die Ausleerungen für Diarrhöen und schildern sie

dem Arzt als solche. Wird alsdann eine Untersuchung der Entleerung sowie des Unterleibes und Mastdarms verabsäumt und gegen die vermeintlichen Durchfälle Opium etc. gegeben, so tritt eine rasche und bedenkliche Verschlimmerung ein, namentlich hört die bisher sehr reichliche Schleimabsonderung auf und es tritt vollkommene Kotverhaltung ein.

Bei der Untersuchung des Leibes findet man dann die Darmwindungen von Gasen kolossal aufgebläht. Dieselben können nicht entweichen und sammeln sich, eine flatulente Auftreibung des ganzen Unterleibes verursachend, in den Eingeweiden an. Doch gelingt es in einzelnen Fällen die nicht nur in der linken Darmbeingrube, sondern auch durch das ganze absteigende Kolon angehäuften Kotmengen als Knollen von mässiger Resistenz durch die Bauchdecken hindurch zu fühlen oder aber vermittelst der Perkussion infolge ihres dumpfen Schalles sie von dem umgebenden tympanitischen Schallgebiet deutlich abzugrenzen.

Bisweilen gelangt ein eigentümliches Phänomen bei der Palpation zur Beobachtung. Drückt man nämlich an der Stelle, wo der weiche und leicht eindrückbare, den Bauchdecken nicht unmittelbar anliegende Kottumor gefühlt wird, dieselben fest in die Tiefe, so bleiben sie eine Zeitlang wie angeklebt dort haften, um dann erst allmählich wieder in ihre natürliche Lage zurückzukehren, eine Erscheinung, die man nach R. Gersuny, der sie in der Wiener klinischen Wochenschrift 1896 als Klebephänomen eingehend beschrieben hat, als Gersuny'sches Klebephänomen bezeichnet. Dasselbe beruht darauf, dass bei intensivem Fingerdruck die Darmschleimhaut der vorderen Wand an der den Tumor bildenden zähen Kotmasse, die bei Rückenlage der hinteren Darmwand anliegt, anklebt, um bei Nachlass des Druckes sich wieder davon abzulösen.

Charakteristisch für die Striktur ist ferner die schmale bandartige Form der Faeces. Doch trifft dies nur für diejenigen Fälle zu, wo die angeborene Verengerung im After selbst oder dicht darüber ihren Sitz hat.

Vereinzelt hat man auch kleine rundliche, schafkotähnliche Kotknollen beobachtet, die nach und nach durch die enge Stelle hindurch gepresst sind.

Der infolge der anhaltenden Beeinträchtigung seiner Funktionen in einen Zustand von Reizung versetzte Mastdarm wird schliesslich entzündet und stellenweise exkoriiert. Dadurch werden die nur bei starkem Pressen möglichen Stuhlentleerungen schmerzhaft, und oftmals hält ein Gefühl von heftigem Brennen und Schneiden noch mehrere Stunden nach dem Stuhlgange an.

Andererseits bildet ein ziemlich charakteristisches Symptom, meist wohl in vorgerückteren Stadien, das öftere plötzliche und gewaltsame Hervorspritzen von flüssigen und schleimig fäkulenten Massen aus dem After, die dem Kranken eine wahre Pein sind, und „vergleicht derselbe manchmal das Gefühl, welches ihm der Durchgang des Kotes durch den Mastdarm verursacht, mit einer Empfindung, als flösse kochendes Wasser durch seinen Darm“.[1])

Das Allgemeinbefinden kann sich oft erstaunlich lange ziemlich ungetrübt erhalten, selbst bei erheblichen Graden der angeborenen Striktur. Während oft nur die Folgen der Verdauungsstörung zur Beobachtung gelangen, wozu auch die häufige verdriessliche und hypochondrische Stimmung der Patienten gehört, gesellen sich in vielen Fällen früher oder später noch andere Symptome hinzu, welche von den Entzündungen und Eiterungen im Mastdarm abhängen. Dahin gehören: Erscheinungen eines heftigen Fiebers, profuse blutige und eitrige Durchfälle, sowie heftige drängende Schmerzen in der Lumbargegend und im

1. Curling: Observations on the diseases of the Rectum.

Rücken. Dazu treten häufig Reizerscheinungen von seiten der Blase und nicht selten kommt es auch in Folge der anhaltenden Venenstauung zur Entwicklung von Hämorrhoidalknoten. Zuletzt kommen dann die Vereiterungen in der Umgebung des Mastdarms zu stande, meist unter fürchterlichen Leiden, die erst geringer werden, wenn die Abscesse genügende Auswege gefunden haben.

Die Stellung der Diagnose solcher Fälle stützt sich auf die Beobachtung der vorerwähnten Momente und wird durch das Zusammentreffen aller oder mehrerer derselben schon sehr wahrscheinlich gemacht. Gesichert erscheint sie, sobald auch das Ergebnis der Untersuchung mit dem Finger ein positives Resultat ergiebt. Stets in Erwägung gezogen werden muss also das Uebel bei Patienten, die über eine seit frühester Kindheit bestehende, sehr hartnäckige Stuhlverstopfung klagen. Meist sind es die in der Folge auftretenden schleimigen oder schleimigeitrigen, von krümeligen Massen durchsetzten, von den Kranken sogenannten „Diarrhöen", welche dieselben zum Arzt führen, oder aber die nach Opiumgebrauch dann plötzlich eintretende vollständige Kotverhaltung. Zu achten ist darauf, ob die Durchfälle als äusserst schmerzhaft und häufig ganz unwillkürlich eintretend geschildert werden. Charakteristisch ist ferner die schmale bandartige Form der Faeces. Bei der Palpation ist diagnostisch von grosser Wichtigkeit der Nachweis des Klebephänomens. Dagegen haben die in den vorgerückteren Stadien des Leidens als Folgen der eitrigen Prozesse im Darm auftretens, meist sehr quälenden Erscheinungen mit dem eigentlichen Krankheitsbilde nichts zu thun, da sie erst sekundär entstehen. Bei der Prüfung des Allgemeinbefindens wird die meist starke Abmagerung auffallen. Doch ist auch sie nicht ganz konstant, ja in einzelnen Fällen sogar viel weniger ausgesprochen, als man nach den vorhandenen langwierigen Stuhlbeschwerden

annehmen müsste. Andererseits zeigen die Strikturkranken, besonders in den späteren Stadien, ein ausgesprochen kachektisches Aussehen.

Bei der Untersuchung mit dem Finger dringt derselbe entweder garnicht, wie in allen hochgradigen Fällen, oder nur mühsam und unter grossen Schmerzen in den verengten After ein, am besten geschieht dies unter Zuhilfenahme des Choroforms.

Den eingeführten Finger fühlt man von einem Schleimhautringe allseitig umschlossen und festgehalten. Sitzt die Striktur oberhalb des Afters an der Grenze der Analportion, so stösst der eingeführte Finger erst hier auf ein Hindernis, das je nach dem Grade der Verengerung für denselben noch durchlässig ist oder nicht. In den extremsten Fällen gelingt es dem tastenden Finger erst nach längerem genauen Befühlen des vorhandenen Hindernisses die darin befindliche, oft kaum stecknadelkopfgrosse Oeffnung zu entdecken. Ist die Striktur eine centrale, so findet der Finger die Oeffnung meist ziemlich leicht und gewinnt man, wenn die Weite derselben ein Eindringen der Fingerspitze gestattet, alsbald eine Vorstellung von der sonstigen Beschaffenheit der Striktur. Sitzt die Oeffnung dagegen mehr seitlich, so ist es bisweilen schwierig, dieselbe aufzufinden. Man muss dann den Finger unter unausgesetzter Betastung des vorstehenden Hindernisses so lange im Kreise herumführen, bis man den Sitz der Oeffnung ermittelt hat. Die oberhalb der Striktur angehäuften Kotmassen fühlt mann durch die Striktur wie einen grossen Tumor. Gelingt es, den Finger in die Oeffnung hinein zu zwängen, so erkennt man den Kot leicht an dem Gefühl.

Nur sehr unvollkommen lässt sich die digitale Exploration durch die Untersuchung mittelst eines Bougies ersetzen und wird mau zweckmässig zur letzteren nur in den Fällen schreiten, wo die angeborene Striktur zu hoch

sitzt, um von dem untersuchenden Finger noch erreicht zu werden.

Praktischer und sicherer ist es bei solchen Untersuchungen sich nach Charles Bell einer kleinen Elfenbeinkugel zu bedienen, die auf einem biegsamen dünnen Fischbeinstiel befestigt ist. Am meisten empfiehlt es sich, besonders in zweifelhaften Fällen, die Untersuchung mittelst des Bougies in Knieellenbogenlage vorzunehmen. Man wird sich dadurch am sichersten vor Stellung einer unrichtigen Diagnose bewahren, wie sie dem Untersucher in der gewöhnlichen Lage des Kranken leicht passieren kann, wenn sich das Bougie gegen das Kreuzbein anstemmt und so eine gar nicht vorhandene hochsitzende Striktur vorgetäuscht wird.

Differential-diagnostisch von Wichtigkeit ist es, dass auch eine grosse Reihe anderer Krankheitszustände ganz ähnliche Symptome hervorrufen kann. So wird das kachektische Aussehen des Kranken bei einer hochgradigen Striktur in vorgerückterem Stadium nicht selten für ein charakteristisches Zeichen der Krebsdyskrasie gehalten und das Vorhandensein eines Mastdarmcarcinoms diagnosticiert. Ferner könnte der durch den angehäuften Kot herabgedrängte Teil mit einer Intussusception des Kolon in das Rektum verwechselt werden. Auch Verwechslung mit einer erworbenen Striktur wird sich bei genauer Untersuchung nicht allzuschwer ausschliessen lassen, namentlich durch den späteren und sehr allmählichen Beginn und den Nachweis einer spezifischen Erkrankung im Mastdarm oder After.

Endlich ist von Wichtigkeit die Unterscheidung von allen Anschwellungen in der Nähe des Mastdarms, welche ätiologisch von verschiedenster Art einen Symptomenkomplex hervorrufen können, der dem bei der Striktur vorhandenen äusserst ähnlich werden kann und dessen Unterscheidung genaueste Untersuchung in jeder Hinsicht erfordert. Wie schwer sich eine Unterlassung derselben bei Kranken, die

auch eine nur annähernd ähnliche Symptomenreihe darbieten, unter Umständen rächen kann, illustriert ein von Winiwarter mitgeteilter Fall, der einem französischen Arzte passierte. Derselbe stellte bei einem zu ihm gebrachten Patienten die Diagnose Lebercirrhose infolge der dafür sprechenden Erscheinungen: enorme Ausdehnung des Bauches, in den abhängigen Teilen des Abdomens eine nach der Lage wechselnde Dämpfung, in den Hypochondrien sonorer tympanitischer Schall, Venenektasieen an Brust und Bauch, Oedem der unteren Extremitäten. Dabei liess er aber die Angabe, dass Patient schon seit frühester Kindheit an hochgradigen Stuhlbeschwerden litt, ganz ausser acht und unterliess jede rektale Untersuchung. Der Fall endete in 24 Stunden tötlich. Die Sektion ergab eine im oberen Afterteile sitzende angeborene Striktur. Unmittelbar über ihr zeigt sich eine kolossale Erweiterung des Rektum und der Flexura sigmoidea, welche von Darmgasen und Fäkalmassen zum Platzen ausgedehnt waren und im zusammengefallenen Zustand noch 90 cm Länge und 70 cm grösste Cirkumferenz besassen unter gleichzeitiger hypertrophischer Verdickung der Wandungen des Sackes bis auf $^1/_2$ cm.

Schliesslich käme auch die Unterscheidung gegenüber einer angeborenen Dilatation des Dickdarms in Betracht. Die bisher davon beobachteten Fälle zeigen einen den angeborenen Afterstrikturen sehr ähnlichen Symptomenkomplex: bald nach der Geburt bemerkbare Auftreibung des Leibes und hartnäckige Stuhlverstopfung. Wird die Untersuchung mit dem Finger unterlassen und nur eine geknöpfte Sonde dazu benutzt, so kann die freie Beweglichkeit des Sondenknopfes, der leicht, für den Untersuchenden unbemerkbar eine nicht zu hochgradige Striktur passiert, in der erweiterten Rektalhöhle eine blosse angeborene Dilatation des Rektums vortäuschen. Nur eine sorgfältige manuelle Untersuchung eventuell mit nachfolgender Bougieexploration wird die Diagnose sichern, da eben nur hierdurch das

Vorhandensein resp. Fehlen der kongenitalen Striktur unzweideutig erwiesen werden kann.

Die Prognose für die mit einem solchen Uebel Behafteten wird sich natürlich ganz nach dem Grade der Verengerung richten. In Fällen von weniger erheblichen Strikturen wird dieselbe, falls keine Komplikationen von anderen Organen her bestehen, eine quoad vitam keineswegs ungünstige sein. Zwar werden solche Personen ihr Leben lang mit Stuhlbeschwerden zu kämpfen haben, doch werden dieselben bei geregelter Diät und vernünftiger Lebensweise nie einen excessiven Grad erreichen und stets erträglich bleiben.

Ungünstiger schon gestaltet sich die Prognose für erheblichere Strikturen. Dies sind die Fälle, wo die oben angeführten quälenden Symptome in den Vordergrund treten, wo sich infolge der stetigen Reizung durch die angehäuften Kotballen geschwürige Prozesse im Mastdarm bilden und wo sich die Kräfte der Kranken infolge der andauernden Beschwerden und der sie begleitenden Störungen der Digestionsorgane allmählich erschöpfen. Der Exitus erfolgt dabei unter qualvollen Leiden, entweder infolge der Kotstauung unter den Symptomen des Ileus, an Peritonitis, bei Perforation in den Peritonealsack, oder an Erschöpfung unter den Erscheinungen des hektischen Fiebers. Aber auch hier nicht rasch, sondern nach und nach im Laufe von Jahren, so dass es bei der Autopsie oft in der That erstaunlich erscheint, ein wie relativ ungetrübtes das Allgemeinbefinden in Anbetracht der Enge der Striktur noch gewesen ist. Am ungünstigsten steht es bei jenen nahe der Atresie stehenden sehr hochgradigen Strikturen, die ein rasches und entschiedenes Handeln vom Arzte verlangen und wo ohne dasselbe die armen Kinder stets dem qualvollsten Tode an den Folgen der Kotstauung preisgegeben sind. Ein erfolgreicher therapeutischer Eingriff in diesen

verzweifelten Fällen ist einzig dem Messer des Chirurgen vorbehalten.

Was sonst die Therapie der kongenitalen Strikturen anbetrifft, so haben wir zwischen einer nicht operativen, symptomatischen und der operativen zu unterscheiden.

Die Wahl der einen oder der anderen wird natürlich je nach den Erscheinungen des jeweilig vorliegenden Falles zu treffen und, je nachdem man nur die Beseitigung gewisser Erscheinungen und die Verhütung von deren Eintreten anstrebt oder sich die radikale Beseitigung des Hindernisses zum Ziel setzt, die erstere oder letztere sein.

Die symptomatische Therapie wird namentlich in allen Fällen von geringerer Strikturbildung von Nutzen sein und bei sorgfältiger geduldiger Behandlung und vorausgesetzt, dass sich die Patienten den Anordnungen fügen, stets genügend sein, um die mit der Missbildung verbundenen Beschwerden aufzuheben oder wenigstens auf ein Minimum herabzudrücken. Ihre Aufgabe wird sein, Alles zu vermeiden, was zur Ueberfüllung des Darms und Herbeiführung einer vollständigen Okklusion beitragen kann.

Dies erreicht man, soweit überhaupt möglich, durch die Regelung der Diät und Ueberwachung der Stuhlentleerung. Nie wird man zu grosse Nahrungsmengen auf einmal geniessen, vielmehr öfters kleinere Quanta einführen lassen. Sämtliche Speisen ferner, die direkt vor der engen Stelle als Obturator sich ansammeln können, wird man unbedingt verbieten: dahin gehören grosse Fleischstücke, sehniges und faseriges Fleisch, alles cellulosereiche Gemüse, besonders Obst mit Schalen und Kernen. Am besten ist es, nur breiartige, fein verteilte und gehackte Speisen, welche möglichst wenige und nicht zu konsistente Fäkalstoffe hinterlassen, bei höheren Graden von Stenosierung sogar lediglich flüssige oder halbflüssige Kost zu verordnen.

Was die Stuhlentleerung betrifft, so ist darauf zu achten, dass der Kranke täglich Stuhlgang hat. Sind zu diesem Zwecke Unterstützungen erforderlich, so sind Irrigationen, am besten mit einfachem Wasser oder auch mit Zusatz einer reizenden Substanz, wie Salz oder Essig, ferner mit Seifenwasser oder Sennainfus, oder grössere Oeleingiessungen am Platze.

Auch innerliche Abführmittel leisten gute Dienste und wird man abwechseln in Darreichnng von Bitterwässern, Ricinus, Cascara, Senna oder Faulbaumpräparaten, um einer Gewöhnung des Darms an dieselben vorzubeugen, wodurch ihre Wirkung aufgehoben würde. In einigen Fällen zeigte sich Belladonna von ausserordentlicher Wirksamkeit. Tuffnel empfiehlt dringend die innere Anwendung der Stipites Chiraytae. Dagegen wird man von Calomeldosen Abstand nehmen, da hierdurch die in diesen Fällen ohnehin schon sehr kräftigen Darmkontraktionen nur übermässig gesteigert und durch die Ueberreizung nur eine beschleunigte Ermüdung und Parese des Darms hervorgerufen würde. Von Nutzen wird auch eine sorgfältige Massagekur sein.

In vielen Fällen aber genügt die symptomatische Behandlung nicht und wird man zu operativen Massnahmen schreiten müssen zwecks mechanischer Erweiterung der verengten Stelle.

In der operativen Behandlung konkurriert die unblutige allmähliche Dilatation mit der Erweiterung durch das Messer. Eine vollständige Heilung des angeborenen Fehlers ist auch hierdurch nur selten möglich. Jedoch gelingt es meistens durch ein vorsichtiges und zweckmässiges Verfahren, den Zustand wesentlich zu bessern und die traurigen Folgen, welche den Kranken bedrohen, zu verhüten.

Das hauptsächlichste Mittel der unblutigen Operationsmethode ist die methodische Einführung von cylindrischen Körpern, Tampons oder Bougies, welche auf die verengte

Stelle einen gelinden und vorübergehenden Druck ausüben. In früherer Zeit wurde viel Wert auf die Einführung von medikamentösen Dilatatorien gelegt, in der Hoffnung, dass durch die direkte Einwirkung des angewandten betreffenden Medikamentes auf die Striktur eine Erweichung derselben und eine Resorption der etwa vorhandenen verschliessenden Bindegewebsplatte hervorgebracht werde. So erfreute sich die Charpiemèche mit Salbe bestrichen und mittelst einer Gabelsonde (Porte mèche von Desault) in den After geschoben, eines grossen Renommees, und noch heute wird derselbe, mit Belladonnasalbe beschmiert, in Frankreich viel gebraucht.

Während man also früher die Hauptwirkung dem mit dem Bougie eingeführten Medikament zuschrieb, erscheint es jetzt nach langer unbefangener Beobachtung als selbstverständlich, dass der durch die Bougies ausgeübte vorübergehende Druck es sei, welcher eine Erweiterung der verengten Stelle zur Folge hat, und ist man nach und nach zu der Ueberzeugung gelangt, dass jene medikamentösen Substanzen von gar keiner oder sehr geringer Wirkung seien im Vergleich zu der der Bougies allein.

Am zweckmässigsten wird die allmähliche Dilatation bewerkstelligt durch einen cylindrischen, dem Harnröhrenbougie in der Form entsprechenden aber stärkeren Körper aus dem verschiedensten Material. Viel gebraucht werden die elastischen Mastdarmbougies, welche in derselben Weise wie die Harnröhrenbougies angefertigt sind, aus gewebten seidenen Schläuchen, die mit einer Wachsmasse ausgegossen und mit Leinölfirniss überzogen sind. Auch aus Horn, Ebenholz, Elfenbein, Hartgummi, Glas und Metall hergestellte werden angewandt, sowie endlich ihrer Weichheit wegen Wachsbougies und einfache Talglichte: Unschlittkerzen.

Die Anwendung des Bougies geschieht am besten morgens, nachdem der Patient eine Stuhlentleerung gehabt und danach durch eine lauwarme Einspritzung seinen

Mastdarm vollständig gereinigt hat. Die Erfahrung hat gelehrt, dass eine ganz mässige, kurz vorübergehende und nicht zu oft wiederholte Dehnung (etwa alle 2—4 Tage) der verengten Stelle am raschesten zum Ziele führt. Höchst gefährlich ist es namentlich, zu viel Gewalt anzuwenden, da es dabei leicht zu einem Einriss des Mastdarms kommen kann. Anfangs nimmt man ganz dünne Bougies, bis man schliesslich mit der steigenden Erweiterung dazu gelangt, ganz dicke Nummern durch die verengte Stelle hindurchschieben zu können. Nie soll man plötzlich aufhören, sondern allmählich die Zwischenräume immer länger werden lassen, bis man sich schliesslich überzeugt, dass die Besserung von Dauer ist.

Das Haupterfordernis bei dieser Behandlungsart ist also Geduld von seiten des Patienten sowohl wie des Arztes. In allen hochgradigeren oder durch Komplikationen verschlimmerten Fällen ist eine solche unmöglich und ein blutiger Eingriff indiciert.

Wenig empfehlenswert sind Aetzungen wegen der zurückbleibenden grossen Neigung zu narbigen Zusammenziehungen. Auch der galvanokaustische Brenner dürfte wohl nur in den Fällen von Nutzen sein, wo eine quergespannte durchlöcherte Membran das Hindernis bildet.

Am einfachsten ist das einfache Einschneiden der Striktur, das häufig auch völlige Heilung bewirkt hat; nicht selten erfolgen aber dabei sehr starke Blutungen durch Verletzung eines grösseren Gefässes, bisweilen folgt sogar Pyämie und Peritonitis. Am vorsichtigsten verfährt man, wenn man nach Dieffenbach die Striktur an verschiedenen Stellen nur oberflächlich einkerbt, Jodoformsalbe darauf streicht und nach einigen Tagen eine Bougiekur einleitet, ebenso nach Durchschneidung des Sphinkters, die in schlimmen Fällen nötig wird, namentlich wenn sich unterhalb der Striktur noch reizbare Geschwüre befinden.

Für starke ringförmige Striktura congenita kann auch ein Verfahren benutzt werden, das Dieffenbach für narbige Afterverengerung angegeben hat: Der ganze Ring wird exstirpiert, die Schleimhaut nach abwärts gezogen und durch Nähte an den unteren Wundrand angeheftet. Ist die angeborene Verengerung eine sehr hochgradige, beinahe dem Verschluss gleichkommende und die Kotverhaltung schon mit Symptomen des Ileus verbunden, so muss ein künstlicher After in der Nähe der Flexura sigmoidea angelegt werden, wenn die sofortige Erweiterung der Striktur in keiner Weise gelingt.

Somit ist die Therapie der kongenitalen Strikturen eine sehr wechselnde: in den leichtesten Fällen genügt schon eine symptomatische Behandlung; in den schwersten Fällen hilft nur eine Operation. In den mittleren Fällen kommt man mit reiner Bougiebehandlung aus, wie ein von Ashton mitgeteilter Fall zeigt, oder aber man wird an einen blutigen Eingriff die Bougiebehandlung anschliessen, wie dies in je einem Fall von Rösch und wieder von Ashton beschrieben ist. Ein von Bouilly erwähnter Fall endlich, wo allein durch einen blutigen Eingriff bei einem 20jähr. Patienten eine mittlere Striktur des Anus geheilt wurde, zeigt, dass auch letzterer bisweilen allein angewandt werden kann.

Es ist mir eine ehrenvolle Pflicht, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Heubner für die Ueberlassung des Falles, sowie Herrn Stabsarzt Dr. Slawyk für die Durchsicht und liebenswürdige Unterstützung meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Koelliker: Entwicklungsgeschichte des Menschen.
Hertwig: Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte.
v. Esmarch: Die Krankheiten des Mastdarms und Afters.
Karewski: Die chirurg. Krankheiten des Kindesalters.
Archiv für Gynaekologie V. Heft 2.
Journal für Kinderkrankheiten Bd. XLVIII S. 114.
Berliner klin. Wochenschrift No. 21.
Schmidts Jahrbücher 1867.
Ammon: Die angeb. Krankheiten des Menschen, Taf. IX.
Deutsche Klinik 1870.
Centralblatt für Chirurgie 1877.
Curling: Observations on the diseases of the Rectum.
Nothnagel: Spez. Pathol. u. Therapie, XVII Bd.
Ashton, T. J.: Die Krankheiten des Rektum und Anus.

Thesen.

I.

Das Vorhandensein des Gersuny'schen Klebephänomens ist für die Sicherung der Diagnose der tiefgelegenen Mastdarmstriktur von grossem Werte.

II.

Für alle Augenoperationen, bei welchen man mit Cocaïn-Einträufelungen nicht auskommt, ist die Aether-Narkose das vorzüglichste Mittel.

III.

Das Medizinstudium der Frauen liegt nicht im Interesse der Menschheit.

Lebenslauf.

Der Verfasser Karl Ernst Boehncke, evangelischer Konfession, wurde als Sohn des verstorbenen Rittergutsbesitzers, Kreisrichters a. D. Franz Boehncke und dessen Frau Bertha geb. Jablonowski in Rakowen, Kreis Johannisburg, geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf den Gymnasien zu Rastenburg und Lyck; letzteres verliess er Ostern 1894 mit dem Zeugnis der Reife. Im Sommersemester 1894 war er an der Universität Giessen immatrikuliert. Am 20. Oktober desselben Jahres wurde er in die jetzige Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen aufgenommen. Seiner Dienstpflicht genügte er vom 1. April bis 1. Oktober 1895 bei der 5. Kompagnie des Kaiser Alexander Garde Grenadier-Regiments No. 1.

Die ärztliche Vorprüfung bestand er am 5. August 1896, das Tentamen medicum am 24. Juni 1898, das Examen rigorosum am 1. Juli 1898.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

v. Bergmann, Blasius, du Bois-Reymond (†), Engler, Ewald, Fischer, Fraenkel, Gerhardt, Goldscheider, Grawitz, Gurlt, Gusserow, Heimburger, Hertwig, Israel, Jolly, Jürgens, R. Köhler, Koenig, Köppen, Lesser, v. Leyden, Liebreich, Olshausen, Rubner, Salkowsky, F. E Schulze, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Sonnenburg, Strassmann, Stumpf, Tillmann, Thierfelder, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, Warburg.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.